

Chancros peneanos múltiples y condilomas planos

Multiple penile chancres and condylomata lata

Risco Solanilla José Carlos¹, Blasco Morente Gonzalo², Bazo Fariñas Antonio³, Martínez García Eliseo², Garrido Colmenero Cristina², Cobos Cuesta Raquel¹, Tercedor Sánchez Jesús²

¹ Centro de Salud "San Roque". Badajoz

² Unidad de Gestión Clínica Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología. Hospital Virgen de las Nieves. Granada

³ Centro de Salud "Valdeparillas". Badajoz

Estimado Editor,

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa predominantemente de transmisión sexual con afectación sistémica causada por una espiroqueta, el *Treponema pallidum*. La clínica es muy variable, generando importantes dificultades diagnósticas (1,2). Describimos un paciente que presenta de manera simultánea chancros sífilíticos múltiples peneanos y condilomas planos perianales, una asociación excepcional.

Varón de 24 años, bisexual, que consulta por aparición de lesiones asintomáticas en pene de 5 semanas de evolución. La exploración física muestra 6 pápulas indoloras con bordes sobreelevados y centro deprimido ulcerado en tercio distal del prepucio (Figura 1.1.a), junto a múltiples pápulas planas blanquecinas en región perianal (Figura 1.2.a), sin palpase adenopatías inguinales. Las pruebas de laboratorio fueron normales. La serología de *Treponema pallidum* fue positiva, mostrando un título de VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) de 1/32 U/L, así como anticuerpos totales anti *Treponema pallidum* (CLIA) y hemaglutinación de *Treponema pallidum* (TPHA) positivos. La serología para virus de la inmunodeficiencia humana y hepatitis A, B y C fueron negativas. Fue tratado con penicilina G benzatina 2,4 millones unidades intramusculares semanales durante 2 semanas seguidas con aclaramiento progresivo de las lesiones y curación completa sin dejar cicatriz a las dos semanas de finalizar la antibioticoterapia (Figura 1.1.b y 1.2.b).

La sífilis es una enfermedad infecciosa con afectación sistémica que presenta una tasa de incidencia creciente, actualmente de 6.39-8.82 por 100000 personas (1,3). Clínicamente, la sífilis se divide en primaria, secundaria, latente y tardía. La sífilis primaria consiste en la aparición en el lugar de inoculación, 3-90 días tras la infección, de una mácula roja oscura que crece originando una pápula que finalmente se ulcera originando el chancro que desaparece en 4-6 semanas (4). El chancro suele ser una lesión única, sin embargo entre el 9.5-16% de los pacientes pueden presentar chancros múltiples, como nuestro caso (4-5). Además en el 80-90% de los casos de sífilis primaria aparecen ganglios linfáticos agrandados, no dolorosos, que en nuestro caso no se evidenciaron (5). Sin tratamiento el 50% evoluciona a una sífilis secundaria y el resto a una fase de latencia (1). La sífilis secundaria o estadio diseminado comienza 3-12 semanas tras la aparición del chancro (2). Se caracteriza por manifestaciones clínicas parenquimatosas, constitucionales y mucocutáneas, como los condilomas planos que aparecen en un 9-44% de estos casos (4,5). Raramente, en un 15-20% de los



Figura 1: 1. a) Pápulas indoloras de 0.4-0.5cm con bordes sobreelevados y centro deprimido ulcerado en tercio distal del prepucio compatible con chancro duro múltiple y b) Curación completa sin dejar cicatriz a las dos semanas de finalizar la antibioticoterapia. 2. a) Múltiples pápulas planas blanquecinas de 0.3-0.4cm en región perianal compatible con condilomas planos y b) Curación completa sin dejar cicatriz a las dos semanas de finalizar la antibioticoterapia.

casos, pueden coexistir lesiones de sífilis secundaria y chancro primario, como observamos en nuestro paciente (4,5). El estadio secundario es autoresolutivo en 2-12 semanas y el paciente entra en un período latencia, durante el cual el diagnóstico sólo puede obtenerse mediante pruebas serológicas (1). La sífilis tardía se caracteriza por la aparición de gomas, neurosífilis o sífilis cardiovascular, que en nuestro paciente no observamos (1-3). El diagnóstico de sospecha es clínico y debe confirmarse mediante la observación directa de espiroquetas en trasudado de chancro, condilomas planos o placas mucosas en microscopio de campo oscuro o

contraste de fases, la presencia de espiroquetas en muestras de biopsia cutánea mediante técnicas de impregnación argéntica, la amplificación de ácidos nucleicos de *T. pallidum* mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) o técnicas serológicas no treponémicas y treponémicas (1,3-5). Las técnicas serológicas no treponémicas incluyen pruebas como VDRL y RPR (*Rapid Plasma Reagin*) menos específicas y más útiles en la determinación de la evolución de la enfermedad y la respuesta al tratamiento, dado que son técnicas cuantitativas. Las técnicas treponémicas detectan anticuerpos específicos frente a antígenos de *T. pallidum* mediante hemaglutinación (TPHA) o inmunoensayo (CLIA) (3-5). El diagnóstico diferencial de la sífilis primaria debe incluir el herpes genital, granuloma inguinal y chancroide; la sífilis secundaria, “la gran simuladora”, debe incluir exantemas víricos o medicamentosos, pitiriasis rosada, dermatitis seborreica, psoriasis, liquen plano, condilomas acuminados y pitiriasis liquenoide crónica; la sífilis terciaria debe incluir la sarcoidosis, metástasis, sarcomas, linfomas, leishmaniasis y lupus vulgar (1-5). El tratamiento de elección es la penicilina benzatina de acción prolongada 2.4 UI vía intramuscular en dosis única en sífilis primaria y semanalmente durante tres semanas en sífilis secundaria. Como alternativa se puede emplear doxiciclina, eritromicina o azitromicina (1,4-5). La sífilis primaria y secundaria cura sin secuelas, mientras que en la terciaria suele producirse un deterioro en la función de los órganos afectados (1,2).

REFERENCIAS

1. Barrera M, Bosch R, Mendiola M, Frieyro M, Castillo R, Fernández A. Reactivación de la sífilis en Málaga. *Actas Dermosifiliogr*. 2006;97:323–6.
2. Moon HS, Park K, Lee JH, Son SJ. A Nodular Syphilid Presenting as a Pseudolymphoma: Mimicking a Cutaneous Marginal Zone B-Cell Lymphoma. *Am J Dermatopathol*. 2009;31:846-8.
3. Yin F, Feng Z, Li X. Spatial analysis of primary and secondary syphilis incidence in China 2004-2010. *Int J STD AIDS*. 2012;23:870-5.
4. Dourmishev LA, Dourmishev AL. Syphilis: uncommon presentations in adults. *Clinics in Dermatology*. 2005;23:555–64.
5. Jain A, Mendiratta V, Chander R. Current status of acquired syphilis: A hospital-based 5-year study. *Indian J Sex Transm Dis*. 2012;33:32-34.